Rok L. Kraków, dnia 12. sierpnia 1911. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzie danych, otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej.

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów).

(Odczyt wygłoszony na I. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi w 4 czerwca 1911).

(Dokończenie).

Aby zbyt nie rozwlekać niniejszego odczytu, przejdę zaraz do ogólnej charakterystyki przebiegu klinicznego przypadków, z uwzględnieniem stron, zasługujących zdaniem mojem na uwydatnienie.

Objawy odczynu posurowiczego. We wszystkich spostrzeganych przypadkach reinjekcyi nie zauważyłem żadnych innych objawów posurowiczych prócz zwykłych tych, jakie występowały u osobników tych po pierwszem zastosowanem wstrzyknięciu, zależnie od ilości objętościowej wstrzykniętej surowicy. A więc: wysypka zjawiała się między 6 a 16 dniem po wstrzyknięciu albo w postaci pokrzywki, albo w postaci rumienia, lub też w formie wielopostaciowej mieszanej; była wędrującą po powierzchni skóry, najczęściej swędzącą i znikała po upływie jednego, dwóch, lub trzech dni bez śladu i łuszczenia się. Zbiór objawów ogólnych, jakie towarzyszyły zjawiającej się wysypce przed lub w czasie pojawiania się jej na powierzchni skóry, nigdy nie przechodził po za tę granicę właściwą objawów, jakie zwykliśmy spostrzegać przy nagłem zjawianiu się wszelkiego rodzaju wysypek samorodnych na powierzchni skóry, a zwłaszcza pokrzywki t. zw. idiosynkratycznej. Tu koniecznem jest przypomnieć sobie wszystkie te objawy, niekiedy bardzo burzliwe, przeważnie w sferze naczynioruchowej, jakie bardzo często współtowarzyszą tej pokrzywce. A więc: zjawiają się niekiedy nagłe bóle, obrzmienia oraz swędzenia na tych miejscach skóry, gdzie ma się zjawić pokrzywka; objawy te trwają wraz z pokrzywką aż do jej znikania, a niekiedy i dłużej; dalej łamanie w kościach i stawach, ciągoty; niewielkie obrzęki na powiekach, wargach ust i wargach sromnych, na mosznie, na kończynach, zwłaszcza na palcach, zależnie od usadawiania się pokrzywki i swędzenia, a niezależnie od stanu nerek i bez białkomoczu, lub też z chwilowym, przemijającym, niewielkim białkomoczem, według uczulonego sposobu Essbacha nieprzewyższającym śladów około 0·01‰—0·10‰ (promille); dalej bicie serca wraz z podmiotowem uczuciem ucisku w okolicy serca, szum w uszach, ściskanie w dołku, uczucie ściskania w jelitach, aż do bólu, omdlenia (syncope) i zawroty głowy poczem niekiedy następują wymioty lub kilkakrotna biegunka wodnista, surowiczą cieczą. Rzadziej występuje krótkotrwałe wzniesienie się ciepłoty, niekiedy do 39° i wyżej, lub objawy przemijającego zapadu. Otóż na zasadzie własnych moich spostrzeżeń powiedziałbym, że wysypki posurowicze (spostrzegane przezemnie w 42% wszystkich przypadków) wogóle występują zwykle nie tak burzliwie, a często bardzo nawet zgoła bez żadnych przedwstępnych objawów; wysypka zjawia się nierzadko na skórze chorego bez żadnych dolegliwości, któreby mogły zwrócić na siebie jego uwagę, a bywa spostrzeżoną dopiero przez osoby z najbliższego otoczenia lub przez lekarza. W miarę zwiększania się dopiero plam wysypkowych i ich wędrówki po powierzchni skóry zjawia się swędzenie, pieczenie lub pobolewanie skóry, na ogół o wiele mniej dokuczliwe, niż po wysypce samorodnej. Jest to zdaniem mojem jedna z najważniejszych cech charakterystycznych wysypek posurowiczych.

Choroby posurowiczej w jej odczynach »natychmiastowym« lub »przyspieszonym« nie miałem nigdy sposobności po reinjekcyach spostrzegać. Wśród przypadków, leczonych po raz pierwszy surowicą, spostrzegałem wysypki niekiedy na drugi, trzeci lub czwarty dzień po wstrzyknięciu, lecz tylko przemijające i rozrzucone w niewielkiej ilości po powierzchni skóry, tak że wahałbym się uznać takie wysypki za odczyn przyspieszony we właściwem tego słowa znaczeniu, gdyż właściwy odczyn zjawiał się później w swoim czasie, między 8 a 14 dniem po wstrzyknięciu. Niekiedy spostrzegałem wręcz przeciwnie. Po reinjekcyi, dokonanej w lat kilka, odczyn posurowiczy występował później i słabiej, niż po wstrzyknięciu pierwotnem, a nawet nieraz nie występował wcale pomimo wstrzyknięcia surowicy w ilościach objętościowo większych w porównaniu ze wstrzyknięciem pierwotnem. W tych przypadkach, gdzie ilość ponownie wstrzykiwanej (reinjekowanej) surowicy nie przewyższała 1000 jednostek uodporniających Behringa-Ehrlicha, wysypka najczęściej nie zjawiała się wcale, aczkolwiek wstrzyknięto surowicę w objętości 10 cm. sześc. Żadnych innych posurowiczych objawów ogólnych, a w szczególności objawów t. zw. uczulenia (nadwrażliwości, czyli anafilaksyi) w ścisłem tego słowa znaczeniu, t. j. właściwie »wstrząsu anafilaktycznego« nie spostrzegałem ani razu.

Objawy miejscowe w miejscu wstrzyknięcia. Miejscowo po reinjekcyach, które wykonywałem zawsze podskórnie w okolicy lewego podżebrza, nie udało mi się zauważyć ani razu jakiegoś swoistego odczynu, któryby się

różnił czemkolwiek od tych objawów, jakie widzimy po wstrzyknięciu pierwotnem. Powiedziałbym nawet, że przemijających nacieków i miejscowych siniaków, jakie widywałem niekiedy po pierwotnych wstrzyknięciach surowicy u dzieci tłustych, po reinjekcyach nie spotykałem prawie wcale, być może wobec większej ostrożności i umiejętności zachowania się chorych, aby ustrzedz miejsce wstrzyknięcia od dotykania, przygniatania i t. p. Bolesność miejsca wstrzyknięcia i jego najbliższej okolicy przechodzi zwykle dość prędko pod czystą suchą watą hygroskopijną.

Działanie lecznicze. Zdrowienie. Co do leczniczego działania surowicy przeciwbłoniczej, wstrzykiwanej powtórnie, oraz szybkości powrotu do zupełnego zdrowia, to i w tym kierunku jakiejś wydatnej różnicy w porównaniu z pierwotnemi wstrzykiwaniami nie zauważyłem. Być może, że objawy chorobowe miejscowe w gardle i krtani przebiegały i ustępowały prędzej, a samo zdrowienie było szybsze, lecz to mogło również zależeć od indywidualności danego zachorowania lub cech epidemii, dalej od wcześniejszego zastosowania surowicy, większej jej ilości i t. p., a nietylko od powtórnego wstrzyknięcia. Ogólne wrażenie jednak ostatecznie odnosiłem takie, jakoby chorzy po reinjekcyach chorowali łagodniej i znacznie prędzej powracali do zdrowia, niż to zwykle bywa po wstrzyknięciu pierwotnem; dalej wzniesienia ciepłoty ustają prędzej wraz z potami i ustępowaniem objawów miejscowych w gardle i krtani. Bezwątpienia przy reinjekcyach liczyć się zawsze należy z tą okolicznością, że rodzice lub wogóle najbliższe otoczenie chorego dziecka, przekonawszy się już przedtem o zbawczem działaniu surowicy, wcześniej zgłasza się w przypadkach podobnych zachorzeń ponownych tegoż samego dziecka, ułatwiając przeto interwencyę lekarską. Przypadków śmierci wśród dzieci, gdzie wykonałem reinjekcyę, nie miałem dotąd wcale, być może również dla powodów, tylko co wyłuszczonych. Otrzymane do chwili obecnej przezemnie wyniki można streścić w następujących punktach:

1) Na 760 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą, zmarło 47; na 112 przypadków płonicy, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową, przeciwpłoniczą, zmarło 15. Żaden z tych 62 przypadków śmiertelnych nie był kiedykolwiek przedtem leczony żadną surowicą leczniczą wogóle, czyli żaden ze 60 przypadków, gdzie wykonano reinjekcyę, nie zakończył się śmiertelnie. Okoliczność tę uważałbym za czysto przypadkowy zbieg warunków, niemożliwem jest bowiem, aby bezwarunkowo wszystkie podlegające reinjekcyom przypadki były wyleczone, gdyż wśród nich mogą być śmiertelne dla tych samych powodów, dla których i po pierwszy raz leczone surowicą przypadki nie mogą być wszystkie uratowane, jak np. zbyt późne zwrócenie się o pomoc lekarską w przypadkach zaniedbanych, zbyt małe ilości zastosowanej surowicy w stosunku do siły zakażenia w danym przypadku, nakoniec indywidualne własności ustroju, który nie zdoła uporać się szczęśliwie z zakażeniem pomimo pomocy, jaką mu daje wstrzyknięta surowica.

2) W spostrzeganych 194 reinjekcyach ani razu nie widziałem żadnych swoistych objawów nadwrażliwości wogóle, a w szczególności objawów wstrząsu anafilaktycznego, i to ani w tych przypadkach, w których w danym jednym okresie chorobowym dokonałem wstrzyknięć kilkakrotnych w przerwach kilkogodzinnych lub kilkodniowych, ani w tych przypadkach, które podlegały właściwym reinjekcyom w odstępach czasu kilkomiesięcznych lub kilkoletnich.

3) Jedyne objawy posurowicze polegały na występowaniu wysypek z całym zbiorem zjawisk, typowo właściwych i schematycznie nieomal ustalonych dla charakterystycznego odczynu chorobowego po wstrzykiwaniach surowic leczniczych tak zwanych przeciwjadowych (antytoksycznych). Wysypki te co do czasu występowania po wstrzyknięciach, co do długości trwania, co do jakości i właściwości niczem zgoła nie różniły się od tych, jakie zwykły występować po wstrzykiwaniach pierwotnych; przyczem natężenie objawów po większej części zależy od objętościowej ilości wstrzykniętej surowicy, a nie od wielokrotności wstrzykiwań.

4) Odczynu posurowiczego natychmiastowego lub przyspieszonego we właściwem tych słów znaczeniu nie spostrzegałem ani razu.

5) Miejscowo nie spostrzegałem po reinjekcyach również żadnego swoistego odczynu.

6) Sam przebieg choroby i zdrowienie po reinjekcyach, o ile się zdaje, następowały lżej i prędzej.

Krótki odczyt niniejszy uważałbym za niezupełny, gdybym na zakończenie nie dodał kilku uwag znaczenia ogólnego, uchylających nieco rąbek zasłony, wiodącej do zaczarowanego labiryntu biochemii białka płynnego krwi, w którym obracają się serologia i seroterapia współczesna, przynosząc prawie z każdym dniem coraz to nowe wyjaśnienia zagadkowych lub ciemnych dotąd zjawisk w tej dziedzinie.

Wyniki, otrzymane przezemnie i powyżej tu przedstawione, są, że się tak wyrażę, wynikami normalnymi dla surowicy przeciwbłoniczej, jako typowej przedstawicielki surowic przeciwjadowych (antytoksycznych), z tem zastrzeżeniem jednak, że nie powinna ona nigdy zawierać w sobie: 1) zgoła żadnych bakteryi; 2) produktów ich życia, czyli tak zwanych toksyn (lub egzotoksyn); 3) strzępów, ułomków i resztek ciał bakteryi, pozostałych po ich śmierci, (jak je trafnie nazwano: »Leiberbakteriennachresten«, czyli endotoksyn); 4) nakoniec żadnych wogóle substancyi białkowatych bakteryobójczych. Naturalnie, samo przez się rozumie się, przy zachowaniu koniecznych warunków: 1) że surowica ta jest dobrze i »lege artis« przygotowana; 2) odpowiednio przechowana aż do chwili wstrzyknięcia, a przeto 3) nie podległa zepsuciu, nadpsuciu, lub jakimkolwiek niepożądanym zmianom chemicznym w swych białkowatych częściach składowych. Płynne białko surowicy przeciwbłoniczej, przy zachowaniu wymienionych powyżej warunków, nie powinno dawać objawów anafilaksyi w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, gdyż aczkolwiek gatunkowo obce dla leczonego ustroju, nie jest ono dlań trującem ani samo przez się, ani drogą biochemicznego oddziaływania na różne składniki krwi, pozostałe i wytworzone w niej przez poprzednie wstrzyknięcia surowicy, w postaci różnych substancyi, jakkolwiek je nazwiemy: precypitynami, opsoninami, lizynami, agressynami, czy też erginami, stanowiącemi istotę uczulenia tkanek ustroju na ponowne wprowadzenie doń jednego i tegoż samego gatunku obcego białka, a mającemi za zadanie udział w walce z chorobą. Stopniowo wzrastające uczulenie nie jest tu niebezpieczne, gdyż wytwarzające się nowe produkty rozkładowe białkowatej natury przez parenteralną przeróbkę białka

surowicy leczniczej, ponownie wprowadzonej, nie działają jadowicie na ośrodki naczynioruchowe leczonego ustroju.

Zachodzi tu okoliczność zasadniczo odmienna, niż przy działaniu surowic t. zw. bakteryobójczych, zawierających właśnie wszystkie wymienione, a nieobecne w surowicach przeciwjadowych pierwiastki białkowate, również gatunkowo obce dla ustroju, lecz jednocześnie szkodliwe dlań, czy to przez bezpośrednie, według Wolff-Eisnera, ujemne oddziaływanie na ośrodki naczynioruchowe, czy też, według Friedbergera, przez wytwarzanie się z nich w warunkach wspomnianych substancyi nowej, nazwanej przezeń anafilatoksyną, trującej dla tychże ośrodków ustroju. Wynikiem klinicznym tego zatrucia jest słabszy lub silniejszy wstrząs całego ustroju, tak zwany »wstrząs anafilaktyczny«, stan chorobowy, choć krótkotrwały, lecz przebiegający piorunująco burzliwie i dający nieraz zejście śmiertelne wkrótce po wstrzyknięciu. Stan ten polega z jednej strony na nagłem niedokrwieniu mózgu wskutek nagłego przekrwienia najdrobniejszych naczyń krwionośnych w sferze nerwów trzewnych, z drugiej strony zaś objawy takie jak: duszność, bicie serca, sinica i drgawki, wskazują na zaatakowanie całej sfery naczynioruchowej nerwu błędnego. Wytłomaczenie przyczyn zachodzących tu zjawisk zależnie od poglądu badaczy ulega zmianom jedynie tylko formalnym, faktem zaś jest bezspornym, że działanie wywiązujących się we krwi nowych substancyi białkowatych jest identyczne z oddziaływaniem na ustrój substancyi, otrzymanej niedawno przez Popielskiego drogą rozkładu białka krwi osobników zdrowych przy usilnem kłóceniu jej i wstrząsaniu z perełkami szklanemi. Substancya ta ze względu na sposób działania jej na ustrój została nazwana przez Popielskiego wazodylatyną; jest ona produktem rozkładu białka morfotycznych części składowych krwi, gdyż samo osocze nie dawało tego wyniku. Wstrzyknięta danemu osobnikowi do żył czy też podskórnie wywołuje ona wstrząs całego układu naczynioruchowego, dający klinicznie obraz wstrząsu anafilaktycznego.

Wiadomo powszechnie, że surowice bakteryobójcze, pomimo swego niewdzięcznego składu białkowego, przy ostrożnem i umiejętnem stosowaniu w dawkach odpowiednio małych, stopniowo wzrastających, są dla chorego ustroju wielką pomocą w zwalczaniu choroby zakaźnej, przeciwko której zostały zastosowane. Prototypem ich są np. surowice przeciwdurowe i przeciwcholeryczna. Metoda umiejętnego ich stosowania już prawie opanowała wszystkie niepomyślne i ujemne objawy anafilaksyi i stara się obrócić je i nagiąć ku pożytkowi leczonego ustroju, tem mniej przeto należy obawiać się zastosowania reinjekcyi surowic przeciwjadowych (antytoksycznych) z surowicą przeciwbłoniczą na czele, jako wolnych od niepożądanych pierwiastków białkowatych, mogących zatruwać ośrodki naczynioruchowe. Jedynym zatem objawem mniej lub więcej niemiłym pozostaje przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej ciągle jeszcze odczyn posurowiczy, najczęściej w postaci pokrzywki, i to niezależnie od tego, czy zastosowano ją pierwotnie, czy też w postaci szeregu idących w pewnych odstępach czasu reinjekcyi. Usilnem staraniem serologów i klinicystów jest ciągle jeszcze dążność do ograniczenia tego odczynu do możliwego minimum.

W tym celu Zakład Pasteura w Paryżu i Zakład serologiczny w Wiedniu (Prof. Paltauf) zalecają stosowanie surowicy podgrzewanej nie wyżej nad 59° C. (metoda Sproncka), bez skutku jednak, jak to dowiódł Pirquet, który po stosowaniu surowicy podgrzewanej spostrzegał najsilniejsze wysypki. Dalej Besredka proponował podawać surowicę wewnętrznie i przez odbytnicę w celu wywołania drogą przewodu pokarmowego pewnego stopnia stanu antyanafilaktycznego na wypadek późniejszej potrzeby zastosowania tejże surowicy drogą parenteralną, a następnie podskórnie lub śródżylnie. Następnie Rosenau i Anderson radzą w tym samym celu częste, lecz bardzo małe dawki podskórnie, również bezskutecznie. Bujwid proponuje odstawanie się surowicy przez czas dłuższy przed jej użyciem, aby zbyt świeża nie szła w użycie; być może, że jest to metoda skuteczniejsza od innych, lecz również nie jest bezwarunkowo skuteczna. Uffenheimer w swoim czasie zalecał zupełnie usunąć dodatki fenolu lub kresolu, które w Niemczech bywają zwykle dodawane dla lepszej konserwacyi surowic; lecz surowice, przygotowane bez tych dodatków, również nie są wolne od następczego odczynu. Netter w celach oddziaływania na krew drogą chemoterapii zaleca w celach zapobiegawczych podawanie chlorku wapnia ($CaCl_2$) wewnętrznie i podskórnie, również bezskutecznie. W najnowszym czasie Friedberger doradza zastosowanie powolnego wprowadzania surowicy (zwłaszcza jeżeli chodzi o ilości większe, wprowadzane do żył), w tej myśli, że krew stopniowo wchłania wprowadzoną surowicę, niezwłocznie ją przerabiając, co ma chronić przeciwko nagromadzeniu się nadmiaru anafilatoksyny. Wątpliwem jest, czy to zapobiegnie odczynowi posurowiczemu, raczej byłoby uzasadnione tam, gdzie należałoby się obawiać wstrząsu anafilaktycznego, a więc przy stosowaniu surowic bakteryobójczych.

Część serologów jest tego zdania, że objawy choroby posurowiczej po pierwotnem stosowaniu surowicy są już przejawem anafilaksyi, stosunkowo najsłabszej i dla danego osobnika nieszkodliwej, choć może nieraz niemiłej. Mniemają oni, że ustrój jest uczulony przez obecność w nim pewnych substancyi białkowatych (w rodzaju precypityn), wytworzonych przez drobnoustroje błonicy, które przenikły do krwi drogą zakażenia ustroju drogami naturalnemi. Substancye te przez styczność z białkiem surowicy swoistej, heterologicznej dla ustroju, działającej jako »antygen« według Ehrlicha, lub jako »allergen« według Pirqueta, w przeciągu sześciu do czternastu dni po wstrzyknięciu, wytwarzają ze siebie niweczniki (Antikörper) swoiste, »anafilaktyczne ciała odczynowe«, powodujące chorobę posurowiczą przez podrażnienie ośrodków naczynioruchowych. Odczyn więc ten po reinjekcyach powinien być o wiele silniejszy, wobec wzmocnienia uczulenia tkanek ustroju na jeden i ten sam gatunkowo obcy rodzaj białka płynnego. Serologowie ci postawili sobie za zadanie otrzymać surowice, pochodzące od innych gatunków zwierząt, jak: muły, osły, małpy, psy, kozy, owce, krowy, wielbłądy i t. p., aby, gdy zachodzi potrzeba reinjekcyi, używać ich naprzemian z końskiemi, nie tworząc w ten sposób możności stopniowego zwiększania się uczulenia tkanek ustroju na jeden i ten sam typ białka wstrzykiwanej surowicy.

Ascoli, przeprowadzający doświadczenia i próby w tym kierunku w Zakładzie serologicznym w Medyolanie (dyrektor Prof. Bellfanti), proponuje nazywać te surowice »anallergicznemi«, t. j. pozbawionemi możności wywoływania

tak zwanej przez Pirqueta allergii, czyli odmiennego stanu krwi, przyspieszającego i wzmacniającego posurowiczy odczyn po reinjekcyi aż do wywołania wsrząsu anafilaktycznego. Usiłowania te nie wyszły jeszcze dotąd z okresu prób doświadczalnych, zupełnie nieudatnych odnośnie do krowy, kozy i dromadera, nieco więcej udatnych odnośnie do owcy. — Co się tyczy specyalnie surowicy przeciwbłoniczej, to próby te są poniekąd zbyteczne, gdyż: 1) surowica ta jako przeciwjadowa (antytoksyczna), przy zachowaniu warunków, o jakich wspominałem wyżej, nie daje niebezpiecznych objawów anafilaktycznych; 2) surowica końska wogóle, jak to dowiedli Besreda, Pirquet, Wolff-Eisner, Friedemann, Friedberg, Moritz Meier i inni, jest przez ustrój ludzki znoszona znacznie lepiej, niż przez ustrój wszelkich zwierząt, używanych do doświadczeń i prób leczniczych przedwstępnych; 3) nakoniec każda surowica wogóle, z jakiegokolwiekby gatunku zwierzęcia pochodziła, zawsze będzie gatunkowo obcą dla ustroju i jako taka musi dać odczyn posurowiczy. Naprzemienne stosowanie surowic leczniczych, pochodzących od różnych gatunków zwierząt, miałoby uzasadnienie dla surowic bakteryobójczych, gdzie są wszelkie podstawy dla obaw przed groźnymi objawami anafilaksyi, jak wstrząs i inne.

Dla surowicy przeciwbłoniczej w praktyce leczniczej dostatecznem będzie trzymać się prawideł i wskazówek, podawanych przez wielu serologów, a potwierdzonych przez klinicystów-pedyatrów jak: Escherich, Baginsky, Heubner, Jochmann i inni. Polegają one na następującem:

Aby zmniejszyć o ile możności objawy posurowicze, należy starać się wstrzykiwać możliwie małe objętościowo dawki surowicy jak najwięcej wysokowartościowej, to jest zawierającej jak największą ilość jednostek uodparniających w jednym ctm. sześć. W razie braku takiej surowicy, należy wstrzykiwać tę, o jaką w danej chwili najłatwiej, a więc np. normalną, przytem w ilościach ile możności większych naraz, stosownie do potrzeby danego przypadku chorobowego. Ewentualnie, w razie potrzeby, powtórzyć wstrzyknięcie tegoż samego dnia, nazajutrz, lub najbliższych dni, bez względu na to, czy będzie to przypadek wstrzyknięcia pierwotnego, czy też ponownego (reinjekcyi). Wiedzieć i pamiętać należy o tem, że objawy posurowicze, choćby w nieco cięższej i niemiłej postaci, (co jest zjawiskiem nader rzadkiem i wyjątkowem), nie są nigdy dla chorego niebezpieczniejsze niż sama choroba zakaźna, na którą cierpi, a która przez zwlekanie, wahanie się, odkładanie wstrzyknięcia, lub zastosowanie zbyt małych dawek surowicy leczniczej mogłaby stać się beznadziejną, co niestety miałem sposobność niejednokrotnie widzieć osobiście w okresie perturbacyi przeciwsurowiczych, jakie przeżyłem w ciągu ubiegłych lat szesnastu.

Z Zakładu farmakologii doświadczalnej Prof. Dr L. Popielskiego we Lwowie.

W sprawie fizyologicznego działania wyciągu z przysadki mózgowej

(hypophysis cerebri).

Podał

Dr Jan Studziński (Kijów).

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie Nr 9. 26. II. 1910. Suka 6·5 kg. wagi. Wprowadzono do żyły 10 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej prawej, ciśnienie krwi określano w tętnicy szyjnej lewej (tabl. IX.).

TABLICA IX.

Czas	Ilość soku trzustkowego, wydzielającego się w ciągu 1′, w milimetrowych podziałkach rurki połączonej z przetoką trzustkową	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci: Najwyższe	Najniższe	Średnie	Uwagi
O 11 g. 27′	—					
„ 28′	0					
„ 29′	0					
„ 30′	1					
„ 31′	0					
„ 32′	0	8	182	156	169	Wprowadzono 13 cm. sz. strątu fosforo-wolframowego wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 19·5 świeżych narządów).
„ „ 8″						Ciśnienie krwi obniża się.
„ 33′	0	6	104	90	97	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić.
„ 34′	0	8	134	120	127	
„ 35′	0	10	152	142	147	
„ 36′	0	9	166	154	160	
„ 37′	1					
„ 38′	0					
„ 39′	0					
„ 40′	1					
„ 41′	0					
„ 42′	0					
„ 43′	0	9	170	138	154	Wprowadzono 20 cm. sz. tego, co i poprzednio.
„ „ 5″						Ciśnienie krwi obniża się.
„ „ 30″		8	114	92	103	
„ 44′	0	6	128	106	117	
„ 45′	1	8	136	112	124	
„ 46′	1	9	136	110	123	
„ 47′	2	10	138	108	123	
„ 48′	1	9	138	114	126	
„ 49′	1	9	152	130	141	
„ 50′	1					
„ 51′	1					
„ 52′	0	6	166	134	150	

W tem doświadczeniu po pierwszem wprowadzeniu strątu fosforo-wolframowego wyciągu z przysadek mózgowych nie otrzymaliśmy wydzielania soku trzustkowego, pomimo, że mieliśmy obniżenie ciśnienia krwi. Tylko po powtórnem wprowadzeniu strątu, i to w większej ilości (prawie 5·0 przednich części przysadek mózgowych na 1 kg. wagi psa), otrzymaliśmy dłuższe, chociaż niezbyt znaczne

obniżenie ciśnienia krwi i odpowiednio do tego niewielkie wydzielanie soku trzustkowego.

W następnym przypadku postanowiłem zbadać oprócz wydzielania soku trzustkowego jeszcze wpływ wyciągu z przedniej części przysadek mózgowych na krzepliwość krwi.

Doświadczenie Nr 10. 2. III. Pies 4·7 kg. wagi. Wprowadzono do żyły 10 cm. sz. 10% wodnika chloralu. Przetoka trzustkowa. Wyciąg wprowadzano do żyły udowej lewej, krew brano z tętnicy udowej lewej, ciśnienie krwi określano w tęnicy szyjnej lewej (tabl. X.).

TABLICA X.

Czas	Ilość soku trzustkowego, wydzielającego się w ciągu 1′, w milimetrowych podziałkach rurki połączonej z przetoką trzustkową	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
			Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 12 g 59′	—					Wzięto krew do probówki Nr 1.
1	1					
„ 1′	1					
„ 2′	1					
„ 3′	0					
„ 4′	1					
„ 5′	0					
„ 6′	0	10	184	158	171	Wprowadzono 16 cm. sz. wyciągu z przednich części przysadek mózgowych (odpowiada 19·0 świeżych narządów).
„ „ 8″						Ciśnienie krwi szybko spada i tętno staje się wolniejszem.
„ „ 11″			92	46	69	
„ „ 16″		5	72	30	51	Wysokość fali tętna — 42 mm. rtęci.
„ „ 23″						Tętno częstsze, fale jego mniejsze.
„ „ 40″		10	52	38	45	Tętno znów staje się rzadsze i fale jego większe.
„ 7′	0	6	52	28	40	Tętno przyspiesza się, fale jego zmniejszają się.
„ „ 30″						Początek wydzielania soku trzustkowego.
„ „ 40″						Wzięto krew do probówki Nr 2.
„ 8′	5		44	32	38	
„ 9′	8	12	38	26	32	
„ 10′	5	12	36	26	31	
„ 11′	4	12	30	22	26	Wzięto krew do probówek Nr 3, 4 i 5.
„ 12′	2	12	28	20	24	
„ 13′	2	12	22	16	19	
„ 14′	2	12	22	16	19	
„ 15′	1	12	20	14	17	
„ 16′	2	12	20	14	17	Krew w probówce Nr 1 skrzepła (po 17 minutach).
„ 17′	1					
„ 18′	2					
„ 19′	2					Wzięto krew do probówki Nr 6.
„ 20′	1					
„ 21′	1					
„ 22′	2					
„ 23′	1					
„ 24′	2					
„ 25′	1					
„ 26′	1					
„ 27′	0					

TABLICA X ciąg dalszy.

Czas	Ilość soku trzustkowego, wydzielającego się w ciągu 1′, w milimetrowych podziałkach rurki połączonej z przetoką trzustkową	Tętno w 5″	Ciśnienie krwi w milimetrach rtęci			Uwagi
			Najwyższe	Najniższe	Średnie	
O 12 g. 28′	1					
„ 29′	0					
„ 30′	0					W probówkach 3, 4, 5 i 6 ciałka krwi osiadają na dno.
O 2 g. 15′		12	28	24	26	
„ 25′			28	22	25	
„ 45′			76	62	69	
„ 55′			136	96	116	
O 3 g. 25′		12	124	102	113	Wprowadzono 10 cm. sz. wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych (odpowiada 4·7 świeżych narządów). Ciśnienie krwi spada.
„ „ 4″			140			
„ „ 6″						Ciśnienie krwi spada.
„ „ 8″			76	66	71	
„ „ 9″						Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić. Fale tętna stają się większe i rzadsze.
„ „ 12″			136	96	116	Wysokość fali tętna — 40 mm. rtęci. Ciśnienie krwi nieco się obniża, a fale tętna zmniejszają się.
„ „ 37″		8	70	58	64	Ciśnienie krwi zaczyna się podnosić i występuje charakterystyczne tętno czynne.
						Wysokość fali tętna:
„ 26′		6	94	74	84	20 mm. rtęci
„ 27′		7	126	100	113	26 „ „
„ 28′		6	120	92	106	28 „ „
„ 29′		6	130	80	105	50 „ „
„ 31′		4	146	74	110	72 „ „
„ 32′40″		3	180	80	130	100 „ „
						Przecięto nerw błędny lewy.
„ 33′						Przecięto nerw błędny prawy. Tętno odrazu staje się przyspieszonem, fale jego — drobnemi. Ciśnienie krwi utrzymuje się wysoko.
						Wysokość fali tętna:
„ „ 10″		12	142	136	139	6 mm. rtęci
„ 34′		14	150	132	141	4 „ „
„ 35′		14	142	128	140	4 „ „

O 2 g. 28′ do probówki Nr 3 dodano 2 cm. sz. susowicy krwi świńskiej.

O 2 g. 29′ do probówki Nr 4 dodano 2 cm. sz. płynu przesiękowego z jamy brzusznej.

O 2 g. 30′ do probówki Nr 5 dodano 2 cm. sz. wysyconego rozczynu chlorku wapnia.

3. III. O 8 g. zrana w probówce Nr 3 luźne skrzepy, w innych probówkach krew płynna.

O 11 g. 30′ do probówki Nr 6 dodano 2 cm. sz. rozczynu włóknika-zaczynu (fibrinfermentu).

O 12 g. 30′ w probówce Nr 6 na powierzchni luźny skrzep włóknika.

O 1 g. krew w probówce Nr 6 skrzepła.

5. III. W probówkach Nr 2, 4 i 5 krew płynna.

Jak widzimy z tego doświadczenia, wyciąg z przednich części przysadek mózgowych nietylko obniża ciśnienie krwi, lecz wywołuje także wydzielanie soku trzustkowego i niekrzepliwość krwi, t j. zjawiska, charakterystyczne dla wazodylatyny Popielskiego. Należy tu zaznaczyć, że niekrzepliwość krwi zależała w danym przypadku albo od braku włóknika-zaczynu, albo od przejścia jego w stan nieczynny, o czem można sądzić z tego, że po dodaniu włóknika-zaczynu krew skrzepła po $1^1/_2$ godzinie, natomiast dodanie płynu przesiękowego (fibrinogen) względnie chlorku wapnia nie wywarło żadnego wpływu na krzepliwość krwi, po dodaniu natomiast surowicy krwi świńskiej (trombokinaza) powstały luźne skrzepy dopiero po 16—18 godzinach, wywołać zaś zupełnego skrzepnięcia krwi zapomocą surowicy nie udało się. Krew, nie poddana działaniu żadnych środków, pozostała przez 3 doby płynną bez żadnych oznak gnicia. Po wprowadzeniu wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych, w ilości 1·0 gr. świeżych narządów na 1 kg. wagi psa, otrzymaliśmy na razie spadek ciśnienia krwi, poczem niewielkie podniesienie się z następnem obniżeniem i dopiero po 37″ ciśnienie krwi zaczęło się podnosić na czas dłuższy, przyczem wystąpiło także charakterystyczne tętno czynne. W dalszem wszakże, chociaż średnie dane ciśnienia krwi nie wskazują na jego podnoszenie się, lecz jeżeli uwzględnimy najwyższe dane ciśnienia krwi, to widzimy, że ciśnienie krwi stale się podnosi. Brak zaś wyraźnego podnoszenia się ciśnienia krwi, jeżeli wnosić tylko z liczb średnich ciśnienia krwi, zależy od tego, że fale tętna stale się zwiększają, sięgając do 100 mm. rtęci, wskutek czego może się nawet zdawać, jakoby najniższe ciśnienie krwi jeszcze się obniżyło, a nie podniosło. Po przecięciu nerwów błędnych wystąpiło odrazu przyspieszenie tętna z 3 do 14 uderzeń w 5″, ciśnienie zaś krwi obniżyło się nawet w porównaniu z poprzedniem najwyższem ciśnieniem, z powodu wszakże niewielkich fal tętna z jednej strony i niewielkich ruchów oddechowych z drugiej — średnie ciśnienie krwi znacznie się podniosło.

W następnem doświadczeniu postanowiłem zbadać wpływ wyciągu z tylnych części przysadek mózgowych na krzepliwość krwi, a także wpływ wyciągu na ciśnienie krwi przy powtórnem wprowadzeniu. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Riedel. **W sprawie rozpoznawania i leczenia raka pęcherzyka żółciowego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 25) Rak pęcherzyka żółciowego powstaje przeważnie na tle »kamieni spoczywających«, a więc bez napadów kolki, które zjawiają się nieraz dopiero niestety wtedy, gdy rak jest nieuleczalny już przez operacyę; wtedy też występuje nieraz guz i żółtaczka, ew. puchlina brzuszna i objawy charłactwa. Rzadziej już rak pęcherzyka wcześnie objawia się w formie ostrego zapalenia pęcherzyka (cholecystitis) z gorączką i wymiotami lub napadami kolki. Mylić mogą rozpoznanie przypadki raka, gdzie wśród napadów kolki odchodzą równocześnie i kamyki, lub gdzie dawniej odchodziły. Nierzadko też schorzenia sąsiednich narządów mogą łudząco naśladować raka pęcherzyka lub naodwrót. Zdarza się to często, i Riedel nieraz już rozpoznawał raka, a okazało się, że guz rakiem nie był i naodwrót. Nawet i badania mikroskopowe nie chronią od pomyłek. Co do trwałego wyniku wycinania zrakowaciałego pęcherzyka żółciowego, to Riedel wyraża się o nim zupełnie sceptycznie: ani razu trwałego wyleczenia nie widział, tak że pomyślne przypadki z piśmiennictwa przypisuje pomyłce w rozpoznaniu. Z tego powodu nie powinniśmy się wahać wycinać wczas schorzały pęcherzyk żółciowy bez względu na rozpoznanie, bo po operacyi napewno już stwierdzonego raka wiele spodziewać się nie można. K.

Lichtenberg i Dietlen. **Przedstawienie miedniczki nerkowej i moczowodu w obrazie Röntgena po napełnieniu tlenem.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 25). Celem uwydatnienia kamienia w miedniczce nerkowej zalecają autorzy (polecone już co do pęcherza, stawów i t p.) wypełnianie miedniczki nerkowej tlenem, co wywołuje silny kontrast kamienia i miedniczki nerkowej. Miedniczka rysuje się wtedy bardzo wyraźnie, a nawet dokładniej, niż przy (również cennem) napełnianiu kollargolem -K.

Propping. **W sprawie rozpoznania i leczenia durowego ropnia śledziony.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 25). Z nielicznych jeszcze wprawdzie publikacyi wiemy już jednak, że ropień śledziony jest cierpieniem, dającem się rozpoznać i operacyjnie wyleczyć. Dotąd operowano przypadki ropni, które wywołały już zmiany w otoczeniu śledziony, natomiast dotąd nie operowano jeszcze przypadku ropnia ściśle tylko w samej śledzionie przy zdrowem otoczeniu. Najznamienniejszą oznaką ropnia jest gorączka o torze zwalniającym lub przerywanym, nierzadko leukocytoza, co przy zwykle zmniejszonej liczbie ciałek przy durze uderza w oczy. Zjawiają się zwykle także bole w lewem podżebrzu i to na szczycie głębszego wdechu. Ropień zjawia się zwykle po durze w czasie zdrowienia, a nawet przy nawrocie duru (przypadek autora, wyleczony operacyjnie). Miejscowo spotyka się różne stany, zależnie, czy ropień jest u góry śledziony (podniesienie przepony, opłucna) lub od dołu (wyczuwalny guz). Pewność uzyskuje się przez próbne nakłucie. Ropa jest zwykle krwawo zabarwiona. K.

Stierlin. **Radyografia w dyagnostyce gruźlicy kątnicy i innych schorzeń jelita grubego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Przy poważnych schorzeniach jelita ślepego tam, gdzie w ścianie spotykamy nacieki lub owrzodzenia, obraz rentgenowski bywa czasem bardzo typowy, mianowicie brak zupełny cienia danej okolicy właśnie z powodu tego, że pokarmy przez tę schorzałą partyę szybko się przesuwają. Zdjęcia robi się w 5—6 godzin po jedzeniu, ewentualnie co kilka godzin dalej. W 8 przypadkach operacya potwierdziła rozpoznanie rentgenowskie. K.

Werner i Caan. **Elektro- i radyochirurgia na usługach leczenia nowotworów złośliwych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Bardzo często operować musimy nowotwory, o których doszczętnem usunięciu i mowy niema, gdzie nóż zawodzi, a nieraz wprost rozsiewa ogniska. Zamiast niego cenne usługi oddają w takich razach inne sposoby, jak n p. po usunięciu łyżeczką fulguryzacya, ew. rentgenizacya. W ostatnich zaś czasach stosują w Heidelbergu inny jeszcze sposób, mianowicie wycinanie elektryczne zapomocą t. zw. igły Foresta z następowem przegrzewaniem (o ile niema w sąsiedztwie dużych naczyń) aż do obumarcia tkanek. Promienie X. oddają nieraz przed zamierzonym zabiegiem dobre usługi, użyte celem zmniejszenia, ew. uruchomienia guza. K.

Fischler. **O niedomodze kątnicy (typhlatonia) i stanach pokrewnych.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 23). Wiele przypadków chorobowych, przypominających żywo przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, uznano w ostatnich czasach za osobną grupę chorobową, odnosząc przypady ich do t. zw. ruchomego jelita ślepego, a Wilms w podobnych razach przyszywał kątnicę. Tym-

czasem dalsze doświadczenie wykazuje, że wprawdzie często spotyka się w takich przypadkach ruchomość jelita ślepego, ale nie jest to wcale główną przyczyną choroby, bo ruchomość ta wogóle istnieje często bez objawów, a dalej Hofmeister w kilku przypadkach podobnych jeszcze więcej uruchomił kątnicę, a mimo to osiągnął wyleczenie. Natomiast główną przyczyną choroby jest nieżyt kątnicy i wskutek tego niedowład zupełny tej części jelita. Objawy zwykle są następujące: 1) Bole napadowe, nieraz powstające przy obmacywaniu; 2) guz elastyczny tej okolicy, nieraz tkliwy; 3) nieregularność stolca, zaparcia naprzemian z rozwolnieniem. Niektórzy przypisywali te objawy nawykowemu skręcaniu się kątnicy. Wobec powyższych danych odmawia T. w tych przypadkach uzasadnienia operacyom, a za jedynie właściwe uważa leczenie dyetetyczne, miesienie, dbanie o regularny stolec i pouczanie chorych, jak się mają zachowywać. K.

Dermatologia i syfilidologia.

H. Hansteen. **O leczeniu przypadłości wiewiórowych.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 106). Autor leczył wstrzykiwaniami podskórnemi 2—6-dniowych zabitych hodowli dwoinek Neissera około 30 przypadków zmian, wywołanych przez te dwoinki. Wstrzykiwania powtarzał 2—6-krotnie, licząc jako dawkę od 1—400 milionów bakteryi. Odczyn różnego nasilenia zależał nietylko od wysokości dawki i od hodowli, ale również od osobistej wrażliwości chorego, a polegał na wystąpieniu podniesienia ciepłoty do 39° C. i bolów głowy. — Z 4 chorych, cierpiących na wiewióra świeżego, jeden został wyleczony w dni 4, drugi w dni 5, trzeci w 11, czwarty niewyleczony. Z siedmiu chorych, cierpiących na wiewióra od dni kilkunastu, jeden został wyleczony w dni 10, drugi w dni 21, reszta niewyleczona. Z pięciu chorych od kilku miesięcy żaden nie został wyleczony. Z trzech przypadków zapalenia najądrza 1 został wyleczony po miesiącu, drugi po 2 miesiącach, trzeci niewyleczony. Przypadki zapalenia stawów, nawet bardzo ciężkie, zostały wszystkie wyleczone po kilku wstrzykiwaniach, powtarzanych w odstępach kilkutygodniowych.
H. W. Weber.

Meyer. **Płukanie pęcherza, wykonywane przez chorego.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 22). M. podaje przyrząd, dozwalający choremu na pewno jałowo przepłukiwać sobie pęcherz. Przyrząd ten wyjaławia się sam gorącą parą i nie dozwala na zabrudzenie wśród użytku. Składa się on z puszki niklowej, węży i cewnika. Puszkę ogrzewa się nad płomieniem odwróconą do góry dnem, a para wychodząca z puszki odkaża węże i cewnik. Potem odwraca się puszkę, poczem służy ona jako zbiornik płynu. K.

Jesionek. **Mleko salwarsanowe.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 22). Taege i Duhot polecili leczyć noworodki dotknięte kiłą w ten sposób, że leczy się salwarsanem matkę i przez to przechodzi do pokarmu salwarsan, względnie, jak twierdzi Ehrlich, utworzone w ciele matki antytoksyny. Autor przekonał się, że tak postępować nie można, bo prócz antytoksyn przechodzą wśród leczenia do pokarmu i trucizny drobnoustrojów, które wywołać mogą w ustroju dziecka poważne zaburzenia, a nawet śmierć. W mleku udawało się wykazać, wbrew twierdzeniu innych, arsen, i to w różnej ilości, nawet dość długo, bo w 5 dni i dłużej po wstrzyknięciu. Natomiast cenne usługi lecznicze oddaje karmienie dzieci mlekiem zwierząt, leczonych śródżylnemi wstrzykiwaniami salwarsanu, czyli t. zw. mlekiem salwarsanowem. Jeżeli chcemy leczyć salwarsanem matkę dotkniętą kiłą, powinno się zdaniem autora na kilka dni po wstrzyknięciu odstawić dziecko od piersi, by je nie zatruwać endotoksynami, przechodzącemi z ustroju matki. K.

Polland. **O guzach mięsakowatych skóry.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104). W skórze pewnego starszego już mężczyzny spostrzegał P. szereg guzów, które były zupełnie podobne do mięsaków, a które przy podawaniu arsenu zupełnie ustąpiły. P. zalicza przypadek ten do sarkoidów, nowotworów łagodnych, i radzi podobnym zmianom chorobowym nadawać nazwę »sarcomatosis cutis Spiegler«. Obraz histologiczny danego przyyadku tem różnił się od obrazu typowego mięsaka, iż tkanka, w której sarkoid się rozwijał, nie była zniszczona, tak że siatka włókien elastycznych była utrzymana, w oczkach zaś jej rozwijały się komórki nowotworowe. H. W. Weber.

A. Szyperska. **Zakażenie tryprowe u prostytutek.** (Russkij Wracz 1911, Nr 21). S. badała 593 prostytutki chore na trypra; postać przewlekłą znaleziono w 90%, ostrą w 10% przypadków. Wydzieliny do badania brała S. z cewki moczowej, z kanału szyjki macicznej, z gruczołów przedsionkowych wielkich i z dołów łódkowatych cewki moczowej (sinus de Guérin). Do barwienia używała błękitu metylenowego z eozyną, karbolfuksyny z tioniną lub też sposobu Grama z następczem barwieniem zapomocą czerwieni obojętnej (Neutralroth); w przypadkach wątpliwych robiono hodowle w płynie z puchliny brzusznej z agarem. Co się tyczy siedziby sprawy chorobowej, to najczęściej spostrzegano zapalenie cewki moczowej (95%), następnie szyjki macicznej (93%), gruczołów przedsionkowych (60%), dołów Guérina (60%), pochwy (30%); przydatków macicy z jednej strony (90%), z obu stron (60%), zapalenie przymaciczne i okołomaciczne (85%). U chorych, zapisujących się do szpitala, znaleziono dwoinki tryprowe w 95%, u opuszczających szpital w 15%. Wiek chorych: 13—16 lat 5%, 16—30 l. 65%, 30—40 l. 26%, 40—45 l. 2%. Ciążę znaleziono w 3% przypadków. Niektóre chore donosiły do końca (40%), inne zaś poroniły (60%). S. dochodzi do następujących wniosków: Dwoinki tryprowe przechowują się najdłużej w szyjce macicznej. Silne i dobrze odżywiane prostytutki prędzej i łatwiej pozbywają się choroby, niż osłabione i niedokrwiste. Niepomyślny przebieg choroby spostrzegano najczęściej u bardzo młodych (do 16 lat) i starych osób. M. Pietkiewicz.

Jan Almkvist. **Kliniczne spostrzeżenia nad próbą Wassermanna u kiłowych.** (Derm. Zeit. T. 18, Zesz. 6). Na końcu swej pracy streszcza A. swe wnioski mniej więcej w następujący sposób: Próba W. wypada dodatnio prawie u wszystkich ludzi cierpiących na kiłę i występuje w 1—7 tygodni od pierwszych objawów, klinicznie spostrzegalnych, a mniej więcej na 3 tygodnie przed zmianami drugorzędnemi. Próba W. może się zmieniać, t. zn. może być dodatnią, potem ujemną i znów dodatnią, kiedy jednak odczyn zmieniony w ujemny pozostanie takim stale, tego przewidzieć nie można; u jednych odczyn ujemny pojawia się bardzo wcześnie, u drugich bardzo późno, a nawet czasem wcale na ujemny się nie zmienia, mimo, iż chorzy ci leczą się, i to energicznie. Leczenie, zwłaszcza

rtęcią, mniej jodem, wywiera silny wpływ na zmianę odczynu. U $^1/_4$ części prostytutek mimo ujemnych wywiadów co do kiły i mimo braku zmian próba W. dawała odczyn dodatni, a były między niemi i takie, które były badane przez kilka, nawet kilkanaście lat, przez lekarzy policyjnych i szpitalnych. U pewnej jednak, chociaż małej liczby kobiet, mimo, iż od szeregu lat zajmowały się prostytucyą, seroreakcya wypadała ujemnie. H. L. Weber.

Bogrow. **O zębach rzekomo Hutchinsonowskich.** (Dentes pseudo-Hutchinsoni). (Archiv f. Derm. und Syph. T. 104, 1911). B. zwraca uwagę, że czasami mogą naśladować zęby Hutchinsonowskie, zęby, których brzeg jest sztucznie oszlifowany przez różne przedmioty, trzymane w ustach, więc fajkę, narzędzia muzyczne i t. d. Podobne zmiany spostrzegał B. u pewnej szwaczki, która przy swej pracy, trzymając ciągle szpilki między zębami, wywołała na nich charakterystyczne wyżłobienia, przypominające łudząco zęby Hutchinsona. H. L. Weber.

Schonnefeld. **Xeroderma pigmentosum.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104). Sch. w swym przyczynku podkreśla ogromne znaczenie bardzo dokładnych wywiadów w kierunku pokrewieństwa rodziców chorego osobnika względem siebie, znaczna bowiem większość wykazuje bardzo blizkie pokrewieństwo. Na rokowanie co do życia zapatruje się Sch. mniej pesymistycznie od innych autorów i wykazuje przypadkami z piśmiennictwa, iż przecież na 170 chorych 23 zostało wyleczonych. H. L. Weber.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Właściciel Szczawnicy, Adam hr. Stądnicki, ofiarował na sanatoryum dla nauczycieli 4 morgi gruntu pod budowę i 15 morgów lasu na użytkowanie; budową ofiarował się bezinteresownie pokierować arch. Makowicz ze Lwowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VII. do 5. VIII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 4 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 7 † — (1 † —), odry 3 † — (— † —), duru brzusznego 3 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Dla uwolnienia szpitali warszawskich od nadmiaru chorych nieuleczalnych ma być przytułek dla tychże chorych w Górze Kalwaryi powiększony o dwa nowe pawilony i nowy dom administracyjny kosztem 250.000 rb. W nowych pawilonach pomieszczonych będzie 250 łóżek.

— W pracowni Dr Serkowskiego w Warszawie odbędą się w październiku kursa naukowe. Jeden kurs, złożony z 12 wykładów i zajęć praktycznych, obejmuje badania krwi, moczu, kału, plwociny, wody i mleka sposobami najdostępniejszymi; drugi kurs z tego samego zakresu obejmuje badania szczegółowe, a składać się będzie również z 12 wykładów i zajęć. Podobnież dwa kursa (po 10 wykładów i zajęć każdy), przeznaczone są na bakteryologię lekarską: jeden ogólny, drugi dla uczestników już przygotowanych. Wpisywać się można w pracowni (Śto-Krzyzka 16); zajęcia praktyczne rozpocznie Dr Serkowski wspólnie z inż. Kraszewskim i Dr Wretowskim — 9 października.

Powołani: higienista Prof. Reichenbach z Bonn do Göttingen, chirurg Prof. Sauerbruch z Zürichu do Królewca.

Mianowani: dyrektorem kliniki chorób wewn. w Bazylei (po Gerhardtcie) Prof. Stähelin z Berlina.

Zmarli: Dr Emil Przychodzki, starszy ordynator szpitala w Tworkach pod Warszawą;
chirurg, em. prof. Schinzinger we Fryburgu w Br.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.